

**Oggetto: delega alla riscossione delle quote sindacale**

Il Sottoscritto

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
 NATO/A IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_  
 RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_  
 VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
 DOCUMENTO \_\_\_\_\_ RILASCIATO DA \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_

con la presente dichiarazione, ai sensi della *legge 485/72*, delega l'INPS ad effettuare trattenute mensili sulle seguenti pensioni:

- CERTIFICATO N. \_\_\_\_\_ CAT. \_\_\_\_\_ DELL'ISTITUTO \_\_\_\_\_  
 SEDE INPS \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_
- CERTIFICATO N. \_\_\_\_\_ CAT. \_\_\_\_\_ DELL'ISTITUTO \_\_\_\_\_  
 SEDE INPS \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_
- CERTIFICATO N. \_\_\_\_\_ CAT. \_\_\_\_\_ DELL'ISTITUTO \_\_\_\_\_  
 SEDE INPS \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

- *compresa la tredicesima e al netto dei trattamenti di famiglia, per un ammontare pari alle seguenti aliquote percentuali:*
- *0.50% sugli importi compresi entro la misura minima del trattamento minimo del Fondo Pensione Lavoratori Autonomi*
- *0.40% sugli importi eccedenti, ma non superiori al doppio, la misura minima del trattamento minimo del Fondo Pensione Lavoratori Autonomi*
- *0.35% sugli importi eccedenti il doppio della misura del trattamento minimo del Fondo Pensione Lavoratori Autonomi*

Tali trattenute saranno destinate al Sindacato UGL PENSIONATI

La delega si intende tacitamente rinnovata di anno in anno, salvo revoca esplicitamente formulata attraverso gli stessi mezzi utilizzati per la presente dichiarazione.

Autorizza il trattamento dei suoi dati personali per le finalità previste dallo Statuto della UGL.

Si impegna a comunicare all'INPS qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Dichiara che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità ed è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Timbro dell'Organizzazione sindacale

Firma del Responsabile Sindacale \_\_\_\_\_

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'INPS con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, saranno utilizzati al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'INPS e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto. I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'INPS la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della sua struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.